

## Übertragung einer Vollmacht

Personensorgeberechtigte/r (Mutter, Vater oder Vormund):

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Personensorgeberechtigte/r (Mutter oder Vater):

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Hiermit erteile/n ich/wir als Sorgeberechtigte/r unseres/r Sohnes/Tochter/Mündels

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

der nachfolgend genannten volljährigen Person

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

die Vollmacht zur Begleitung unseres Kindes und zur Einwilligung in die kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung/Behandlung durch die Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie Dr. med. Tobias Hülsey

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Sorgeberechtigte/r

\_\_\_\_\_  
Sorgeberechtigte/r